N° 14

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PÉRICARDITES SECONDAIRES

PÉRICARDITE OURLIENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 2 DÉCEMBRE 1887

PAR

EDGARD NOTARIS

Né à Bandol (Var)

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... Doyen
GRASSET..... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. COMBAL (✲ ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	CAVALIER (✲).
Physique médicale	MOITESSIER (✲).
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et pharmacie.	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale.	PLANCHON (✲✲).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Opérations et appareils.....	GRYNFELTT.
Pathologie externe.....	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (✲).
Anatomie (Chargé du cours)	GILIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✲) / DUPRÉ (✲ C. ✲).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.....	MOSSÉ (✲)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. GERBAUD
MAIRET	VILLE	GILIS
MOSSÉ (✲)	GRANEL	MALOSSE
REGIMBEAU (✲)	FORGUE	BROUSSE
BLAISE	TRUC	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. HAMELIN, *président.*
COMBAL, professeur.
BAUMEL, agrégé.
BLAISE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

E. NOTARIS.

A MES PARENTS

A MES AMIS

E. NOTARIS.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAMELIN

Chevalier de la Légion d'honneur.

E. NOTARIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMBAL

Chevalier de la Légion d'honneur.

E. NOTARIS.

INTRODUCTION

L'étude des manifestations viscérales dans la série des maladies fébriles paraît de jour en jour acquérir une place plus importante dans la pathologie et la clinique. L'histoire du rhumatisme, en première ligne, de la variole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, est riche en manifestations viscérales. Pour toutes ces affections, ce sont surtout les grandes séreuses, comme le péricarde, la plèvre, l'arachnoïde et le péritoine, qui sont spécialement intéressées. Le péricarde, de toutes ces séreuses, est celle qui est le plus fréquemment altérée, et sur laquelle porte avec la plus grande intensité l'effort de la pyrexie. C'est également d'une lésion du péricarde que nous allons nous occuper dans ce travail, et d'une lésion survenant dans le cours de la maladie généralement connue sous le nom d'*oreillons*.

C'est M. le docteur Sarda, chef de clinique médicale à l'hôpital St-Éloi, qui a attiré notre attention sur les faits de ce genre et qui nous a fourni les éléments de notre thèse inaugurale, en nous communiquant une série d'observations recueillies dans le service de M. le professeur Combal, observations que ce maître éminent a bien voulu nous autoriser à publier.

Que M. le docteur Sarda daigne recevoir ici l'expression de notre vive gratitude, non-seulement pour ce fait, mais encore pour le bienveillant accueil qu'il nous a réservé dans les salles de clinique et les

enseignements éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant notre séjour à Montpellier.

Nous ne saurions trop nous féliciter de l'honneur que nous a fait M. le professeur Hamelin en acceptant la présidence de notre thèse.

DIVISION

Nous nous proposons, dans un premier chapitre, de donner un aperçu aussi succinct que possible de l'histoire des oreillons, et spécialement des complications de tout genre signalées jusqu'à ce jour par les auteurs dans le cours de cette maladie.

Cet historique nous amènera à exposer, dans une deuxième partie, la série des observations qui nous ont été communiquées, observations relevées dans les salles de l'hôpital St-Éloi pendant le cours de l'épidémie d'oreillons qui a sévi, au printemps dernier, sur la garnison de Montpellier. Six de ces observations ont déjà été publiées par M. le docteur Gachon, dans sa thèse inaugurale sur le *Pseudorhumatisme ourlien*. Nous les citerons *in extenso*, en insistant sur le fait capital pour nous, celui de la péricardite.

Dans un troisième chapitre, nous nous efforcerons de dégager de ces observations les caractères cliniques de la péricardite ourlienne.

Nous terminerons cette étude par un rapprochement entre la péricardite que nous envisageons et les péricardites secondaires que l'on observe assez souvent dans le cours des fièvres éruptives (érysipèle, variole, scarlatine, etc.), et nous conclurons à une parenté assez étroite de ces affections, parenté plus d'une fois déjà mise en relief, justifiée d'ailleurs par d'importantes similitudes, et que l'existence d'une péricardite secondaire nous paraît confirmer une fois de plus.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PÉRICARDITES SECONDAIRES

PÉRICARDITE OURLIENNE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis les temps les plus reculés, la maladie désignée sous le nom d'*oreillons* a été connue et a attiré l'attention des observateurs. Déjà Hippocrate (1), dans le premier livre des *Épidémies*, en fait une description magistrale, signalant la lésion des testicules en même temps que le gonflement des parotides.

Dans le cours du siècle dernier, la liste est nombreuse des apparitions des oreillons, et nombreuse aussi la liste des médecins qui ont mentionné et commenté ces apparitions. Nous nous contenterons de signaler, à l'étranger, Gaspari, Targioni Tozetti, Thomas Laghi, Borsieri, Frank, Mangor et Hamilton. En France, Rochard (2) et Le-

(1) Hippocratis Coi *Opera omnia : de Morbis vulgaribus,* sect. VII, liber primus, sect. prima, pag. 938. Genève, 1667.

(2) Rochard, *Maladie particulière des glandes, endémique à Belle-Isle-en-Mer.* (*J. de médec.,* 1757, tome VII, page 379.)

pecq de la Clôture (1) rapportent, le premier, une épidémie qui régna à Belle-Isle-en-Mer; le second, une épidémie qui se déclara à Vire, en Normandie.

Depuis le commencement du siècle, nous voyons les oreillons atteindre un grand nombre de garnisons, les maisons d'éducation, colléges, pensionnats, les écoles militaires. Fréquemment la maladie s'étend sur la partie civile de la population. On peut dire, d'autre part, qu'elle est signalée dans toutes les contrées de l'Europe ; mais elle apparaît également en Amérique, en Afrique, aux Indes et à bord des navires chargés d'émigrants. Aussi les observateurs n'ont pas manqué qui ont attiré l'attention sur les diverses manifestations de cette maladie. Nous avons vu Hippocrate noter l'apparition de l'orchite. Celle-ci est le plus souvent simple, rarement double ; elle peut manquer. Tantôt elle accompagne la fluxion parotidienne, qui est elle-même simple ou double, la suit, paraît lui succéder, et quelquefois même la précède. La fluxion parotidienne peut, elle aussi, faire défaut.

L'orchite est remplacée, chez la femme, par l'ovarite, la vulvite, la mammite ; et toutes ces manières d'être de la maladie n'ont pas une place chronologique bien définie dans l'évolution des oreillons.

On a également parlé d'uréthrite et de prostatite.

Dans cet ordre d'idées, tous les faits ont été signalés.

A titre de complications, on a noté, mais bien rarement, la suppuration des parotides ou des testicules, l'induration persistante des glandes salivaires, des adénites cervicales, l'atrophie testiculaire ; mais ce sont là moins des complications que des modes de terminaison d'une lésion locale.

Il est toute une série de complications qui nous intéressent bien autrement : nous voulons parler des déterminations qui s'exercent dans le cours de la maladie sur l'appareil digestif, sur l'appareil res-

(1) Lepecq de la Clôture, *Observations sur les maladies épidémiques*. Paris, 1776.

piratoire, du côté du système nerveux et du côté de l'appareil urinaire, déterminations assez rares d'ailleurs et signalées avant les déterminations d'ordre divers concernant l'appareil circulatoire.

Prenons les voies digestives : nous y verrons de la stomatite, des amygdalites, de la pharyngite, du catarrhe gastro-intestinal, une certaine irritation du tube digestif.

Thierry de Maugras (1), dans sa thèse, signale du catarrhe des voies biliaires ; mais il est bon de remarquer que cet auteur a observé ce fait en Algérie.

De la toux, du coryza, des pneumonies et des broncho-pneumonies, sont rapportés par MM. Sallaud (2) et Gailhard (3), médecins de la marine, et par M. Jourdan (4), médecin militaire.

Les manifestations sur les méninges et l'encéphale se traduisent par des convulsions (Hamilton) (5), par de la céphalalgie (Laghi (6) et Borsieri) (7).

Astley Cooper, Groffier (8) et Ressiguier (9), ont signalé des accidents cérébraux et méningitiques. M. Gailhard rapporte également plusieurs observations avec accidents cérébraux, et trois de ses mala-

(1) Thierry de Maugras, *Épidémie d'oreillons et d'orchites métastatiques observés pendant le mois de février* 1848, *à Mascara (Algérie)*. (Thèse de Montpellier, 1851, n° 15.)

(2) Sallaud, *Relation d'une épidémie à Rochefort.* (Thèse de Montpellier.)

(3) *Nature des oreillons.* (Thèse de Montpellier, 1877.)

(4) Jourdan, *Recueil de mémoires de médecine militaire,* 1878.

(5) Hamilton, *Transactions of the R. Society of Edinburgh,* § 2, et *London medical Journal,* tome IX.

(6) Thomas Laghi, *Historia epidemicæ constitutionis, in quâ parotides seroso-glutine tumentes reddebantur, etc. Commentaria.* Bonon., tome V.

(7) Burserius, *Institutionum medicinæ practicæ,* vol. tert. Lipsiæ, 1787.

(8) Groffier, *Remarques sur les affections catarrhales connues sous le nom de parotides simples, et vulgairement appelées ourles. (Annales de la Société pratique* de Montpellier.)

(9) Ressiguier, *Histoire d'une épidémie d'oreillons qui a régné à Montpellier en* 1848. (Thèse de Montpellier, 1850.)

des offrent des symptômes de méningite manifestes. Mais, à propos de ce genre de déterminations, nous nous empresserons de dire, avec M. Pinet (1) : « Ce qu'il y a d'important à noter dans ces manifestations des oreillons sur le cerveau et les méninges, c'est qu'elles se terminent le moins souvent par la mort; la guérison est ordinairement rapide et complète. »

MM. Hatry, Jourdan (2), Thierry de Maugras (3), parlent de troubles visuels de diverse nature, d'otites, d'otorrhées; Groffier (4), de conjonctivite catarrhale et de catarrhe des voies lacrymales.

Du côté de l'appareil urinaire, enfin, trois cas d'albuminurie sont rapportés par le docteur Renard chez des convalescents d'oreillons (épidémie d'Antibes, 1856). L'un de ces malades présentait de l'anasarque avec albuminurie; les deux autres, des œdèmes accompagnés également d'albuminurie.

Dans une observation recueillie par M. Lemarchand, dans le service de M. le professeur Colin, au Val-de-Grâce, nous voyons qu'il est fait mention d'albuminurie en même temps que d'orchite et d'oreillons.

Dans d'autres cas cités par Isham, Henoch, Croner et Karth, des accidents albuminuriques sont également consignés, et dans une lettre de Pratolongo à Borsieri (épidémie de Gênes, 1782), lettre citée par Ozanam, nous voyons qu'il est déjà question d'anasarque.

Toutes ces déterminations d'ordre divers nous permettent d'établir d'ores et déjà, et après bien des auteurs, le caractère de spécifité de la maladie que nous envisageons et nous préparent parfaitement à la série des accidents qui intéressent l'appareil de la circulation, et dont il nous paraît indispensable de faire un exposé, avant d'aborder l'histoire de nos propres malades.

(1) Pinet, *État de nos connaissances sur l'affection ourlienne ou oreillons.* (Thèse de Paris, 1878.)

(2) Jourdan, *loc. cit.*

(3) Thierry de Maugras, *loc. cit.*

4 Groffier, *loc. cit.*

Une étude analytique des lésions de ce genre a été faite très-complétement par M. le docteur Longuet (1), dans les numéros d'avril et de juillet 1885 de l'*Union médicale*. Après avoir énuméré les différentes complications que nous venons nous-même de passer en revue, M. Longuet examine les complications cardiaques, et nous ne saurions mieux faire que de suivre pas à pas l'excellente exposition qu'il en fait.

« Dans l'épidémie de Bayonne, dit M. Longuet, Servies (2) mentionne un ralentissement très-marqué des mouvements du cœur pendant la période de résolution des oreillons. Le pouls tombait à 46, 48 pulsations par minute. Gailhard (3) a noté 44 pulsations; Sorel (4), 48 et 44, ainsi que des intermittences. Chez un malade de Karth (5), le pouls resta longtemps ralenti : 48 pulsations. La température accompagne la marche du pouls et tombe au-dessous de la normale, à en juger par les températures suivantes : 33°8 (Gailhard), 35°5 (Sorel). Nous relevons dans les tableaux thermoscopiques de Fournié (6) les températures de 36°, 35°4, 35°1 ; Granier (7) a observé 35°.

» Dans l'épidémie de Milan, Borsieri signale la tendance marquée aux syncopes dans la station debout. Dans l'épidémie de Cologne (1840), Horst mentionne qu'il n'était pas très-rare d'observer, au début des cas fébriles et prolongés en particulier, des vomissements et des pertes de connaissance.

» La tendance aux lipothymies est signalée dans une observation de Spengler et, dans un autre cas, par Trousseau (8). Dans un fait

(1) Longuet, *Lésion des divers organes et appareils dans les oreillons.* (*Union médicale,* 1885.)

(2) Servies. (*Recueil de mémoires de médecine militaire,* 1878.)

(3) Gailhard. (Thèse de Montpellier, 1877.)

(4) Sorel. (*Revue de médec.*, 1878.)

(5) Karth. (Thèse de Paris, 1883.)

(6) Fournié. (*Recueil de mémoires de médecine militaire,* 1881.)

(7) Granier. (*Lyon médical,* 1879.)

(8) Clinique de l'hôtel-Dieu.

très-curieux de Durozier (1), on voit de fréquentes lipothymies émailler le cours d'une sorte de fièvre ourlienne larvée. La syncope est encore un accident mentionné chez un malade de Hatry et dans la sixième observation de Fournié (2). Quelquefois la syncope signale l'invasion de la maladie (maladie de Duke). Gillet de Beauzie signale un cas où la mort fut le fait d'une syncope. »

Nous arrivons enfin aux complications cardiaques proprement dites, avec lésions soit de l'endocarde, soit du péricarde.

Malgré toutes les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré à l'endroit de ces complications, nous n'avons trouvé aucun fait pour venir à l'appui de notre thèse, en dehors des trois observations citées par le docteur Longuet dans l'*Union médicale,* et que nous allons reproduire fidèlement. Nous terminerons cette première partie de notre étude par un résumé de la leçon clinique professée par M. Jaccoud (3), le 19 janvier 1884, sur un cas d'oreillons graves compliqué d'endopéricardite. Nous ne prétendons pas faire servir absolument aux besoins de notre cause les quatre observations dont il s'agit ici; nous les exposerons sans commentaires, trouvant dans cette seule exposition une transition naturelle aux observations qui font la base de notre thèse.

La première observation est rapportée par Isham (4); elle concerne un enfant de quatre ans. Longuet la cite de la façon suivante :

« L'affection débute par des symptômes fébriles et un état gastrique. Puis survient en apyrexie une parotidite droite, suivie le lendemain d'une parotidite gauche. Les urines, albumineuses, renferment des globules rouges et des cylindres. A la suite d'une promenade intempestive en pleine période d'état, l'enfant est repris la nuit d'une fièvre vive; il y a du délire, de la dypsnée. Le cœur bat avec violence; le choc de la pointe saute à l'œil, et l'on entend un double bruit

(1) Durozier. (*Gazette des hôpitaux,* 1870)
(2) Fournié, *loc. cit.*
(3) Jaccoud, *Clinique médicale,* 1885, p. 513.
(4) *The American J. of the med. sc.*, 1878, LXXVI, page 367.

qui tient du souffle et du frottement, avec prédominance du bruit systolique, autant qu'on en peut juger dans la précipitation des battements. On trouve un peu d'ascite. Un traitement approprié a eu raison de tous les accidents : les bruits anormaux ont complétement disparu.»

« La deuxième observation de ce genre appartient, dit M. Longuet, à Appleyard, et se rapporte à un garçon de seize ans ayant eu antérieurement la scarlatine, la rougeole et la coqueluche. Fièvre forte au moment du développement de l'orchite. Un bruit systolique se fait entendre à la base en deux points, avec des timbres différents, au niveau de l'oreillette gauche (ici plus élevé de tonalité) et à l'extrémité interne du second cartilage costal droit. Le second bruit est net et normal. L'enfant ne sort pas d'un état soporeux : la température buccale ne quitte guère 40°5.

» Le pouls va de 100 à 112. Langue sèche. On note à un autre moment un bruit de frottement à la base, à droite, au niveau du cartilage de la deuxième côte, lequel a disparu le lendemain. Apparition de taches rouge bleuâtre sur la peau inférieure du ventre et supérieure des cuisses.

» A la suite d'une abondante transpiration nocturne, les testicules diminuent de volume, le scrotum se desquame, la température baisse. On n'entend plus que le frottement, appréciable à peine, au niveau de l'oreillette gauche. L'enfant est très-pâle et présente un bruit artériel d'anémie. Revu plus d'un mois après, il présente un certain degré d'hypertrophie cardiaque : l'impulsion est étendue ; la pointe du cœur bat en dehors du mamelon. Bruits normaux.

» Le père rappelle qu'après une scarlatine à l'âge de quatre ans, le médecin annonça que le cœur serait à surveiller. »

Nous continuons à citer Longuet. La *Gazette des hôpitaux* publie une observation unique pour l'auteur, recueillie dans le service de M. Grancher : « Homme de vingt ans. Parotidite double durant huit jours. Le testicule gauche se gonfle en l'absence de phénomènes généraux. Ce n'est que deux jours après que la fièvre se montre pour la première fois ; en même temps, céphalée, oppression. On entend au

cœur, à la pointe, un souffle systolique (endocardite) et un autre souffle râpeux au premier temps et à la base (péricardite). Temp. 40°1. La fièvre diminue, cesse complétement au bout de cinq jours. Le testicule a repris ses dimensions normales. Tout bruit de souffle a disparu. Le pouls reste un peu rapide. »

M. le professeur Jaccoud, dans sa leçon clinique du 19 janvier 1884, parle d'un jeune homme de dix-neuf ans, robuste, chez lequel le tableau clinique de l'affection ourlienne revêt, dès l'entrée à l'hôpital, un aspect classique. M. Jaccoud le caractérise en ces termes : « Fièvre ; état saburral très-marqué ; gonflement considérable de tout le côté droit du cou et de la région maxillaire. A gauche, gonflement moins marqué, mais certain, des régions similaires. De ce même côté, gonflement visible et rougeur du testicule et du scrotum. »

La maladie en est au huitième ou neuvième jour de son évolution, et, sans que les tumeurs parotidienne et testiculaire subissent la moindre modification de volume, on constate une élévation anormale de la température, qui se maintient très-élevée. Les divers appareils, soigneusement interrogés, ne peuvent rendre compte de cette hyperthermie, qui pour M. Jaccoud est le fait de la maladie elle-même.

En même temps, au matin du neuvième jour, et ici je cite les paroles du maître, « j'entends et je fais entendre un souffle systolique prolongé et déjà rude, exactement localisé au foyer de la pointe. En même temps, je trouve à la base, au niveau des articulations sternales de la deuxième et de la troisième côte, une plaque de frottement péricardique qui occupe toute la largeur du sternum dans la hauteur que je viens d'indiquer. Ce frottement n'a pas subi de modification les jours suivants ; mais le souffle a augmenté de force et de rudesse, si bien qu'aujourd'hui, quatorzième jour, vous pouvez l'apprécier à son maximum de netteté. Il est donc hors de doute qu'une endocardite mitrale s'est développée au cours et sous l'influence des oreillons. »

Et, pour terminer, le professeur écarte toute relation de cause à effet entre l'endopéricardite et l'hyperthermie précitée, faisant ressortir d'autre part que son malade n'a jamais eu de rhumatisme.

D'ailleurs la complication dont il est fait mention dans ce cas a disparu avec les oreillons.

En résumé, nous relevons dans cet exposé succinct de l'historique des oreillons une série de déterminations portant sur les divers appareils ; parmi ces déterminations, les complications cardiaques ne tiennent pas la plus grande place, et encore sommes-nous tenu de faire de grandes réserves en ce qui les concerne.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation première (XI[e] de la thèse du D[r] Gachon)

Oreillons. — Pseudorhumatisme. — Péricardite.

B..., sapeur au 2[e] génie, entre le 3 mai 1887 à l'hôpital St-Éloi, service de M. le professeur Combal, salle Saint-Charles, lit 30. Le malade était, avant son incorporation, employé dans les bureaux du chemin de fer. Il ne présente pas d'antécédents rhumatismaux héréditaires ou personnels : il n'a jamais eu ni syphilis, ni blennorrhagie, ni fièvres éruptives.

B..... dit éprouver, depuis la veille, des douleurs assez vives dans les membres inférieurs, particulièrement dans les muscles du côté

interne de la cuisse et dans les genoux, qui sont un peu rouges, sans le moindre gonflement. Température peu élevée : 37°5. Cœur normal.

En l'absence de réaction générale ou locale vive, on cherche ailleurs que dans une attaque de rhumatisme aigu la cause des douleurs et de la légère arthrite que présente le malade. On apprend ainsi que B..... a souffert d'une parotidite ourlienne qui a débuté le 14 ou le 15 avril, et pour laquelle il n'a passé que deux jours à l'infirmerie. Il n'a pas eu d'orchite.

4 mai. — Les douleurs sont toujours assez vives dans les genoux. Dédoublement du premier bruit à la pointe, du second bruit à la base du cœur. Le bruit surajouté est doux, semblable à un souffle. T.: matin, 37° ; soir, 37°8.

5.— Douleurs musculaires dans la masse lombaire, exaspérées par la pression. Plus de douleurs dans les genoux. Comme les autres malades dont nous rapportons l'histoire ci-dessus, B... n'a pas d'albuminurie. T.: matin, 37°1 ; soir, 37°6.

6.— Amélioration très-notable des douleurs lombaires. Léger embarras gastrique. Frottement diastolique à la base, frottement systolique à la pointe. T.: 37°2.

7.— Apyrexie. Disparition des douleurs.

Après deux septénaires de calme complet, le malade, qui se promenait dans les salles, est repris de douleurs lombaires. Le frottement péricardique persiste. Il y a, de plus, un souffle systolique à la pointe et une légère hypertrophie du ventricule gauche. Le frottement est également perçu à l'appendice xyphoïde.

25.— Douleurs lombaires disparues. Douleur et léger gonflement des articulations tarso-métatarsiennes du pied droit. Apyrexie.

29.— Rien aux articulations. Légère douleur lombaire. Depuis ce jour, les douleurs n'ont pas reparu ; mais le frottement péricardique et le souffle systolique de la pointe ont persisté. Le 22 juin, ces signes existent encore. Le malade quitte l'hôpital le lendemain.

Observation II (XII[e] de la thèse du D[r] Gachon)

Oreillons. — Pseudorhumatisme. — Péricardite

G..., tambour au 2[e] génie. Une attaque antérieure de rhumatisme articulaire aigu avant son incorporation.

Début de l'affection le 14 mars, par douleur et gonflement de la région parotidienne droite; parotidite gauche le 16.

Entré à l'hôpital St-Éloi, service de M. le professeur Combal, salle St-Maurice, lit 4.

En ce moment, les deux régions parotidiennes sont tuméfiées et douloureuses ; les mouvements de la mâchoire se font avec difficulté. Température entre 38° et 39°.

28 mars.— Frottement péricardique systolique à la pointe.

21 avril.— Le malade allait partir en congé de convalescence ; se sentant fatigué, il est resté dans nos salles. Il se plaint de douleurs dans presque toutes les articulations. Congestion pleuro-pulmonaire en un point limité de la partie postéro-inférieure du poumon gauche. Frottement péricardique à la pointe et à la base. T.: matin, 38°6; soir, 38°9.

22.— Même état. T.: matin, 38°3. Antipyrine, 2 grammes.

23.— Douleurs assez vives dans les genoux. T.: matin, 38°7; soir, 39°1. Antipyrine, 3 grammes.

24.— Légère tuméfaction du genou gauche, qui est douloureux à la pression. T.: matin, 38°5; soir, 38°6.

Le 25. — Douleur aux deux premières articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite.

T.: matin, 37°8; soir, 88°1.

27. — Plus de douleur à la main droite. Épaule gauche douloureuse. Apyrexie. Suppression de l'antipyrine.

29. — Guérison. Le frottement péricardique a presque entièrement disparu.

Observation III (X[e] de la thèse du D[r] Gachon)

Oreillons. — Pseudorhumatisme. — Péricardite.

A..., soldat au 122[e] de ligne. Bonne santé habituelle. Pas de rhumatismes, pas de blennorrhagie ni de syphilis, ni de fièvres éruptives.

Début de la maladie actuelle, le 22 avril, par parotidite gauche, avec gonflement considérable. Le malade entre à l'hôpital St-Éloi le 24 avril, service de M. le professeur Combal, salle St-Maurice, n° 40. La région parotidienne gauche est encore tuméfiée. Pas de parotidite droite.

25 avril. — Souffle systolique à la pointe du cœur; frottement diastolique à la base. T.: soir, 39°.

26. — T.: matin, 38°7; soir, 38°2.

27. — Apyrexie.

29. — Orchite droite. T.: soir, 39°5.

30. — Testicule droit douloureux, doublé de volume. La tuméfaction parotidienne a complétement disparu.

T.: matin, 38°5; soir, 38°3.

2 mai.—Apyrexie. Testicule moins volumineux et moins douloureux.

4. — Douleur assez vive et léger gonflement de l'articulation du genou gauche. Fièvre modérée ne dépassant pas 38°.

7. — Le gonflement n'a pas augmenté. Pas de rougeur. Les mouvements sont peu douloureux.

10. — Le genou gauche est absolument normal; le malade peut exécuter, sans douleur, des mouvements étendus de la jambe gauche. Les articulations tarso-métatarsiennes du pied droit sont douloureuses. La température demeure inférieure à 38°5.

12. — Les mouvements étendus du pied droit provoquent encore de la douleur, que la pression fait aussi naître. Douleur dans l'épaule droite.

15. — Douleurs dans les articulations tarso-métatarsiennes du pied gauche. Apyrexie.

20. — Depuis deux jours, le malade n'éprouve plus aucune douleur. Le frottement péricardique persiste.

27. — Le genou gauche redevient le siége d'une fluxion articulaire peu intense, sans réaction douloureuse vive, sans symptômes généraux fébriles.

2 juin. — Guérison. Le frottement péricardique, devenu manifeste et rude le 10 mai, a persisté tout en perdant sa rudesse.

Le 22 juin, veille du départ du malade, on perçoit à la base un frottement tantôt systolique, tantôt diastolique. Le souffle systolique de la pointe n'existe plus.

Observation IV (IX[e] de la thèse du D[r] Gachon)

L..., soldat au 122[e] de ligne. Une attaque antérieure de rhumatisme articulaire aigu. La maladie actuelle a débuté par de la céphalalgie, du malaise, de la douleur aux deux régions parotidiennes.

L. entre le 24 mars à l'hôpital St-Éloi, service de la clinique médicale, professeur M. Combal, salle Saint-Maurice, lit 17. Les deux régions parotidiennes sont très-fortement tuméfiées. Les mouvements de la mâchoire sont très-douloureux. Apyrexie.

1[er] avril. — Frottement péricardique au premier temps, à la base du cœur.

6. — Douleurs dans les genoux, sans rougeur ni gonflement. Pas de fièvre.

8. — Rougeur et gonflement manifeste des deux genoux. La température ne dépasse pas 38°.

10. — Même état. Apyrexie.

13. — Les mouvements des membres inférieurs sont presque indolores. Il n'y a plus dans les genoux de douleurs spontanées.

15. — Guérison complète.

Observation V (VIII[e] de la thèse du D[r] Gachon)

G..., sapeur au 2[e] régiment du génie, entre à l'hôpital St-Éloi, service de la clinique médicale, professeur M. Combal, salle St-Maurice, lit 36, le 22 mars 1887.

G... a déjà eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu.

La maladie actuelle a débuté le 19 mars par de la courbature générale, avec céphalalgie et fièvre. Le lendemain, s'est déclaré une parotidite gauche avec gonflement assez considérable.

A son entrée, le malade a de la fièvre (39°3); il souffre beaucoup de sa parotidite. Souffle systolique à la pointe. Pas de péricardite.

Rapidement, la douleur et la tuméfaction parotidienne disparaissent, la température redevient normale, et le malade se croyait guéri, lorsque, le 28 mars, il éprouve une douleur modérée dans l'articulation du cou-de-pied gauche, ainsi que dans les articulations carpo-métacarpiennes de la main droite. Ces articulations sont un peu rouges et présentent un léger gonflement. T.: soir, 38°2.

29-30. — Le gonflement, la douleur et la rougeur, disparaissent à la main droite, mais persistent, peu marqués d'ailleurs, au pied gauche, sans réaction fébrile intense. Le 30 au soir, la température est de 38°1.

31.— Épistaxis. Plus rien au pied gauche; arthralgie du genou droit. T.: soir, 39°5.

1[er] avril. — Épistaxis. T.: soir, 38°4. Antipyrine, 1 gr. 50 en huit prises, de trois en trois heures.

Les jours suivants, l'arthralgie du genou droit disparaît; la température demeure stationnaire entre 37° et 38°.

4. — Douleur légère, sans rougeur ni tuméfaction au coude droit. T.: 38°2.

6.— Articulations libres. Douleurs musculaires thoraciques, surtout

intenses sous les clavicules. Rien aux bronches ni aux poumons. Température normale. Suppression de l'antipyrine.

4. — Matité précordiale augmentée, formant un triangle à base inférieure. Battements cardiaques sourds à la pointe; frottement péricardique systolique, simulant un bruit de galop à la base du cœur. Oppression assez vive. Apyrexie.

Iodure de sodium. . . . . 3 grammes,
Bromure d'ammonium. . 3 —

dans une potion que le malade prendra dans les vingt-quatre heures. T. : soir, 39°5. Pouls, 96.

8.— L'épanchement péricardique est un peu plus abondant. T.: 38°5.

Vésicatoire sur la région précordiale. Continuer la potion ci-dessus.

9.— La douleur a reparu aux articulations carpo-métacarpiennes de la main droite. Apyrexie.

12.— Matité à la partie postéro-inférieure droite de la poitrine; en ce point, abolition des vibrations thoraciques, égophonie, souffle et frottements pleuraux.

13.— Main droite normale; pied et genou droits douloureux. T.: soir, 38°5.

14.— Amélioration notable. Douleurs très-légères. Apyrexie complète (36°5-36°).

15.— La douleur persiste au genou droit. L'épanchement pleurétique est en voie de résolution. T. : matin, 37°3; soir, 37°7.

16.— Apyrexie. Pas de douleurs.

19.— Douleur dans l'épaule gauche, sans élévation thermique.

21. — Le genou gauche est douloureux, sans gonflement. T.: soir, 38°2.

22.— T. : matin, 37°1; soir, 38°2.

23. — Le genou gauche demeure douloureux; le genou droit l'est depuis hier soir. T. : matin, 38°2; soir, 37°8.

24. — T. : matin, 37°2; soir, 37°9.

25. — La douleur dans les genoux a complétement disparu; mais

la main droite est de nouveau douloureuse au niveau des deuxième et troisième articulations carpo-métacarpiennes. T. : matin, 37°3; soir, 36°8.

27. — Plus rien à la main droite ; douleur au niveau des articulations carpo-métacarpiennes de la main gauche. Apyrexie.

30. — La douleur s'est encore déplacée : elle occupe maintenant l'épaule gauche. Plus de liquide dans le péricarde. Frottement systolique à la base, à la pointe, à l'appendice xyphoïde.

4 mai. — Douleurs totalement disparues.

7. — Douleurs dans la coude droit et à l'articulation phalango-phalanginienne du médius droit. Persistance du frottement péricardique, surtout à la base. Apyrexie.

9.— Douleur dans les articulations carpo-métacarpiennes de la main gauche.

12.— Guérison complète, qui ne s'est pas démentie. Il reste encore un léger frottement péricardique à la base.

Observation VI (VI[e] de la thèse du D[r] Gachon)

Oreillon.— Orchite droite.— Douleurs pseudorhumatismales. — Péricardite.

C..., soldat au 2[e] régiment du génie. Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents rhumatismaux, pas de blennorrhagie ni de syphilis ; n'a jamais eu ni rougeole, ni scarlatine.

Cet homme entre à l'hôpital St-Éloi, salle St-Charles, n° 2, service de la clinique médicale (M. Combal professeur), le 10 mars 1887. Il se plaint de très-violentes douleurs survenues la veille, sans cause appréciable, et siégeant sur le trajet des membres inférieurs, plus particulièrement au côté interne de l'articulation du genou. C'est, dit-il, pour son rhumatisme qu'il a été envoyé à l'hôpital.

Au premier examen, fait le jour même à la contre-visite du soir, on

le trouve dans l'état suivant : physionomie anxieuse, chaleur vive. T.: 40°4. Pouls, 128. Oppression ; langue blanche, légèrement saburrale ; céphalalgie frontale vive. Le malade dit souffrir beaucoup de ses membres inférieurs, surtout du genou droit. Cependant les articulations ne présentent ni rougeur, ni tuméfaction. Les muscles de la cuisse sont douloureux à la pression.

Ne trouvant pas dans les articulations l'explication de cet état général grave, on découvre, après un examen minutieux, l'existence d'une faible augmentation de volume du testicule droit, avec douleur si légère que le malade s'en était à peine aperçu. C'est alors seulement qu'il déclare avoir été atteint, quinze jours auparavant, d'une parotidite double, pour laquelle il a passé trois jours à l'infirmerie de la caserne.

Il s'agissait là d'un de ces faits analogues à ceux que cite Trousseau, dans lesquels la fièvre, développée au début de l'orchite, s'accompagne de phénomènes généraux graves, propres à égarer le diagnostic.

11 mars.— Le malade est à peu près dans le même état. M. le professeur Combal examine minutieusement les organes thoraciques et constate les particularités suivantes: dans la fosse sus-épineuse droite, rudesse inspiratoire; sous la clavicule gauche, inspiration rude, expiration légèrement prolongée ; dans la ligne axillaire droite, à la base, en un point très-limité, frottements pleuraux fins. Les urines sont rares, foncées et présentent un dépôt rouge brique abondant. T.: 39°.

Le soir, les douleurs sont toujours très-vives dans les membres inférieurs ; les articulations des genoux et des cous-de-pied, encore douloureuses, ne présentent ni chaleur, ni gonflement. Le testicule droit, un peu plus douloureux que la veille, est notablement augmenté de volume. T.: 39°6.

12.— Le testicule droit est presque doublé de volume ; les douleurs dans les membres inférieurs persistent presque aussi vives, surtout dans les genoux. Urines moins rares, ambrées. M. le professeur Combal entend et nous fait entendre un frottement péricardique doux en plein ventricule gauche, à la base et à l'appendice xyphoïde. Ce frottement est tantôt systolique, tantôt diastolique.

Onctions sur le testicule avec onguent napolitain belladoné. T. : matin, 37°9 ; soir, 39°1.

13.— Les douleurs sont bien amendées ; les mouvements des membres inférieurs s'exécutent sans trop de peine ; le testicule est douloureux et gonflé. T.: matin, 37°5 ; soir, 38°2.

14.— Les douleurs ont à peu près cessé ; le testicule tend à reprendre son volume normal. T.: matin, 37°3 ; soir, 37°3.

Les douleurs n'ont plus reparu. Le testicule a repris rapidement ses dimensions normales, et déjà, le 20 mars, la guérison était complète.

Observation VII

T..., soldat au 2e génie, n'a jamais eu ni rhumatisme, ni blennorrhagie, ni syphilis, ni fièvres éruptives. La maladie actuelle a débuté le 5 avril, par une parotidite double, accompagnée de fièvre modérée et d'embarras gastrique léger.

11.— Est survenue une orchite gauche, avec une élévation considérable de la température.

Le malade est envoyé, le 13, à la clinique médicale, salle St-Maurice, n° 16. Ce jour-là, le malade a de la fièvre (T. 40°); le testicule gauche est très-tuméfié, doublé de volume, douloureux.

A l'auscultation, on trouve un frottement péricardique systolique à la base, à l'émergence des gros vaisseaux et un peu au-dessus de l'appendice xyphoïde. Matité du cœur normale ; pas de souffle.

Le lendemain, la fièvre tombe ; le testicule gauche est indolore, mais encore tuméfié. Le frottement péricardique n'a pas varié.

17. — Guérison complète de l'orchite. Le frottement péricardique persiste jusqu'au 26 avril.

Le malade quitte l'hôpital le 2 mai, dans un parfait état de santé.

Observation VIII

U. . ., sapeur au 2e génie. Pas de maladies antérieures. Parotidite double le 21 mars. Fièvre assez vive le 21 et le 22. Entré le 23 mars, à la clinique, salle St-Maurice, n° 34.

24. — Fièvre modérée ; toux sèche (bronchite légère).

26. — Apyrexie. Quelques râles sibilants et ronflants à la partie antérieure du thorax, des deux côtés.

6 avril. — Douleur et gonflement du testicule gauche, avec réaction fébrile modérée (38°2-39°).

15. — L'examen du cœur, qui jusqu'ici n'avait révélé rien d'anormal, permet de faire les constatations suivantes : pas d'hyperthrophie, pas de souffle ; mais le premier bruit est dédoublé dans la région de la pointe. Le petit silence manque complétement et est remplacé par un bruit surajouté, un peu dur et râpeux. Le malade est apyrétique et n'éprouve aucune douleur.

17. — Le frottement est un peu plus intense, mais toujours localisé à la pointe.

25. — Atténuation du bruit de frottement, qui est doux, plutôt semblable à un souffle.

2 mai. — Le malade sort complétement guéri.

Observation IX

R..., soldat au 2e génie. N'a jamais eu ni rhumatisme, ni blennorrhagie, ni syphilis, ni fièvres éruptives. La maladie actuelle a débuté le 16 mars, par des frissons, de la courbature généralisée, de la céphalalgie et une parotidite double.

Entré le 19 mars à la clinique, salle St-Maurice, n° 9. A cette époque, à part un léger mouvement fébrile, le malade ne présente rien

qu'un gonflement modéré des deux régions parotidiennes, avec gêne de la mastication.

24. — Douleur et tuméfaction du testicule gauche ; mouvement fébrile assez intense (39°7 le matin). On entend dans la région de la pointe du cœur, entre le premier et le second bruit, un frottement péricardique très-net, sans douleur précordiale. Mêmes signes à la base, surtout au niveau de l'orifice aortique.

Les jours suivants, jusqu'au 30 mars inclusivement, la fièvre persiste, très-élevée, atteignant, le 27, le chiffre de 40°2.

31. — Apyrexie le matin et le soir ; le testicule gauche est très-légèrement tuméfié, mais indolore.

22 avril. — Le frottement péricardique persiste, encore très-marqué à la base, bien atténué à la pointe.

24. — Souffle doux, systolique à la pointe ; léger abaissement de celle-ci.

30. — Il ne reste plus qu'un frottement très-léger à la base.

Le malade est envoyé, le 2 mai, en congé de convalescence.

Observation X

B..., soldat au 2e génie. Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents héréditaires pathologiques.

La maladie a débuté le 18 mars, par une parotidite double, avec tuméfaction très-considérable. Envoyé le 20 mars à la clinique, salle St-Maurice, 10.

24. — Œdème considérable du tissu cellulaire sous-cutané du thorax et de la partie déclive des membres inférieurs. Pas d'albuminurie, pas de réaction fébrile. Tuméfaction très-considérable des deux régions parotidiennes.

25. — Frottement péricardique diastolique à la base du cœur. Pas de souffle. Apyrexie.

27. — Œdème presque complétement disparu. Le frottement péricardique est très-net; les régions parotidiennes ont repris, à peu de chose près, leur volume normal.

31. — Le malade est complétement guéri, sauf persistance du frottement péricardique, dont le timbre se rapproche sensiblement du souffle.

Observation XI

L..., soldat au 2e génie. Bonne santé habituelle. Parotidite le 19 mars, avec fièvre modérée. Entré, le 22, à l'hôpital St-Éloi, clinique médicale, salle St-Maurice, n° 13.

24. — Frottement systolique à la pointe. Apyrexie. Pas de douleur précordiale.

1er avril. — Persistance du frottement péricardique. Le malade est envoyé en congé de convalescence.

Observation XII

D..., soldat au 2e génie. Ne présente pas d'antécédents héréditaires; ne fournit pas de commémoratifs pathologiques.

La maladie a débuté le 24 mars, par une parotidite double.

Entré le 27 à la salle de clinique médicale, dans le service de M. le professeur Combal. Pas d'orchite.

29. — Dans la soirée, la température s'élève à 39°ß.

30. — Dédoublement du premier bruit. Frottement systolique généralisé. T. : 38°5.

2 avril. — Apyrexie.

4. — Frottement comme ci-dessus.

8.— Le frottement persiste seulement à la pointe.

16. — Le malade part en convalescence. La guérison est complète.

Observation XIII

R...., soldat au 2e génie. Entre le 27 mars à l'hôpital St-Éloi, dans le service de la clinique médicale. Pas de rhumatisme antérieur. Quelques malaises seulement ont précédé l'entrée du malade à l'hôpital.

27.— Tuméfaction de la région parotidienne gauche.

L'état du malade n'offre rien de particulier à noter jusqu'au 31 ; ce jour-là, survient une épistaxis abondante.

4 avril.— On perçoit pour la première fois un frottement diastolique. Au bout de quelques jours, le malade entre en convalescence ; plus de trace de frottement.

Observation XIV

L...., soldat au 2e génie. Entre à l'hôpital St-Éloi, dans le service de M. le professeur Combal, le 19 mars. La maladie a débuté la veille, à la fois par une orchite gauche et par une parotidite du même côté.

A l'arrivée du malade, le testicule gauche est douloureux et d'un volume notable. Gonflement de la région parotidienne gauche très-appréciable.

20.— T. : matin, 40°4 ; soir, 40°3.

21.— T. : matin, 39°5 ; soir, 39°9.

24.— Épistaxis. Amélioration des tumeurs parotidienne et testiculaire ; mais on perçoit pour la première fois un frottement péricardique systolique à la pointe et à la base, frottement qui disparaît après peu de jours avec les autres symptômes.

Observation XV

P... appartient au 2e régiment du génie. Entre à l'hôpital le 22 mars, la maladie ayant débuté le 19, par une parotidite. La fluxion ne siége

que d'un côté. L'état général du malade est bon. Pas d'orchite. Pas de maladie antérieure.

24.— Frottement péricardique perçu pour la première fois.

Guérison complète quelques jours après.

Observation XVI

M..., soldat au 122e de ligne. Est depuis le 18 mars atteint d'oreillons. Entré à l'hôpital St-Éloi le 20 mars, dans le service de la clinique.

N'a jamais eu de rhumatisme. Ne présente pas d'orchite dans le cours de son affection.

On constate un dédoublement du premier bruit et du frottement péricardique généralisé, dont l'intensité va en diminuant, de façon que l'exéat du malade est signé après un séjour de quinze jours à l'hôpital.

Observation XVII

X..., sergent au 2e génie. Pas de maladies antérieures. Le 14 avril apparaît une parotidite gauche ; le lendemain, 15, la parotide du côté droit se prend à son tour, et le malade entre à l'hôpital St-Éloi, dans le service de M. le professeur Combal, salle St-Maurice.

18 avril. — On perçoit pour la première fois un frottement péricardique diastolique léger à la base. T. : 39°.

20.— La fièvre persiste. Antipyrine, 1 gramme.

22.— La température est redevenue à peu près normale. On supprime l'antipyrine.

24.— La fièvre s'allume de nouveau. T. : matin, 39°6 ; soir, 39°7.

Les deux testicules sont douloureux et fortement tuméfiés. Cette double orchite rend compte de la reprise de la fièvre.

27.— Un abaissement thermique se produit. Les douleurs testiculaires sont peu vives.

Le frottement péricardique persiste.

2 mai. — L'orchite double est guérie. Le frottement péricardique a disparu.

CHAPITRE III

Nous voici arrivé au point capital de notre étude et en même temps à la partie difficile de notre tâche. Il ressort nettement du simple exposé des observations que nous venons de soumettre à l'appréciation de nos Juges, qu'une complication dont il a peu été fait mention jusqu'ici surgit dans le cours de la fièvre ourlienne; nous voulons parler de la péricardite.

Quels sont les caractères cliniques de cette péricardite ?

Quelle est la valeur pronostique de cette détermination d'un nouveau genre?

Quelle est la part exacte que prend la maladie que nous envisageons dans la production de cette manifestation nouvelle de l'élément pathogénique ?

Telles sont les différentes questions à résoudre dans ce troisième chapitre. Nous allons le faire selon la mesure de nos modestes moyens, espérant que nos Juges voudront bien nous tenir compte des difficultés à vaincre.

« Autant la péricardite primitive est à début bruyant, autant la pé-

ricardite secondaire est insidieuse et latente. » Stokes (1) fait ressortir ainsi en quelques mots le caractère primordial de toute péricardite secondaire, et il nous est bien facile de nous rendre compte nous-même de l'exactitude de ce qu'il avance, dans le cas particulier qui nous occupe.

En effet, pas un de nos malades n'accuse la moindre douleur à la région du cœur. Nous ne trouvons chez aucun d'eux trace de cette oppression épigastrique accusée quelquefois dans la péricardite rhumatismale. D'autre part, les symptômes généraux font défaut. Dans quelques-unes de nos observations, on relève des ascensions brusques et d'une intensité notable de la température, qui coïncident avec l'apparition des signes stéthoscopiques chargés de nous révéler la lésion du péricarde.

Ce n'est point la péricardite qu'il faut accuser de cet écart de la température. Toujours, en même temps, une fluxion intense a lieu du côté d'un testicule, parfois des deux, et l'apparition de l'orchite simple ou double nous rend suffisamment compte de ce symptôme important.

Nous avons affaire à la « febris testicularis » de Morton ; et c'est tellement vrai que, si l'orchite fait défaut, le thermomètre ne s'éloigne pas sensiblement de la ligne physiologique, et cependant la péricardite ne cesse pas de se révéler à nos investigations stéthoscopiques.

Mais, si la péricardite ne paraît pas favoriser l'hyperthermie, elle ne la contrarie pas non plus.

Les symptômes locaux, et surtout les signes physiques, sont difficiles à constater. Pas de voussure ni de matité appréciable; on continue à sentir l'impulsion de la pointe du cœur. Une ou deux fois, dans nos observations, les bruits du cœur sont sourds et couverts ; mais ils peuvent revêtir ce caractère sans que la péricardite s'accompagne d'un épanchement.

Nous pouvons dire que c'est l'auscultation seule qui nous révèle ici la présence d'une lésion du péricarde, et le stéthoscope nous apprend

(1) Stokes, *Trait. des mal. du cœur.*— Graves, t. II, page 222.

que nous avons affaire à une péricardite sèche. Dans aucun cas, le bruit de frottement péricardique n'a manqué : tantôt systolique, tantôt diastolique, ou bien à la fois systolique et diastolique ; apparaissant soit à la base, soit à la pointe, ou bien en même temps à la pointe et à la base, mais revêtant ce dernier caractère d'étendue beaucoup plus rarement. Nous croyons donc pouvoir conclure, pour la plupart des cas, à la présence de lésions n'intéressant que quelques portions de la séreuse, lésions révélées par des plaques de frottement disséminées à la base ou à la pointe. Nous insistons sur ce fait, qui, à notre sens, est capital, car il est le seul fait clinique que nous possédions comme preuve de la thèse que nous soutenons.

Nous sommes, en effet, privé du contrôle anatomique ; et, s'il est à souhaiter, dans l'intérêt des malades, que ce contrôle fasse le plus souvent défaut, nous déplorons pour notre part une pareille lacune, qui diminue d'autant la force de nos assertions.

Ainsi notre péricardite ne se trahit pas par des symptômes généraux donnant l'éveil au médecin. Elle est latente, insidieuse, comme Stokes l'a si bien dit. Tel est son premier caractère.

En second lieu, elle est exclusivement sèche, et, seul, le stéthoscope accuse çà et là quelques plaques de frottement.

La sécheresse est une sécheresse limitée à quelques points, voilà son second caractère.

Et c'est ce rôle modeste, presque effacé, que la péricardite semble vouloir remplir dans l'évolution de l'acte morbide, qui fait qu'on est tenu de la chercher et de la rechercher soigneusement. C'est ce rôle modeste qui rend également compte, à notre sens, de ce fait au premier abord singulier : à savoir qu'elle a été signalée à peine quelquefois dans le cours d'une affection dont on ne compte plus aujourd'hui les nombreuses apparitions. Et cette explication semblera encore plus rationnelle, lorsque nous aurons ajouté que, si les oreillons sont une des maladies les plus répandues, ils sont aussi une des plus bénignes, et partant de celles qui éveillent le moins à la fois et l'inquiétude et l'attention du médecin.

Si nous passons maintenant à une analyse plus précise des faits, nous voyons que, dans l'apparition chronologique des manifestations habituelles de la maladie, je veux parler de la tuméfaction de la glande parotide ou de la glande testiculaire, la péricardite n'a pas une place bien définie. Tantôt c'est quelques jours après le début de la maladie qu'elle fait son apparition; d'autres fois, comme dans l'observ. VIII, il n'est question de péricardite qu'un mois environ après l'entrée du malade à l'hôpital. Elle marche presque parallèlement à ces manifestations, mais demeure indépendante de celles-ci, étant elle-même, nous le démontrerons plus loin, une manifestation de la fièvre ourlienne. Elle apparaît lorsque l'état ourlien est bien constitué, que le testicule soit pris ou non de fluxion, et persiste parfois alors même qu'il n'y a plus trace d'aucune tuméfaction glandulaire. Elle disparaît comme elle est venue, sans bruit.

Nous voyons, par les seuls symptômes qui caractérisent notre péricardite secondaire, combien peu cette détermination doit peser dans la marche et dans la terminaison de la fièvre ourlienne. Les oreillons sont une affection essentiellement bénigne, avons-nous dit; nous ajouterons que la péricardite ourlienne n'est point faite pour noircir le tableau de cette maladie.

Une question se pose toutefois ici, qui a trait à l'état ultérieur de la lésion, si peu marquée soit-elle, que nous venons d'étudier.

On sait combien les séreuses sont aptes à voir réapparaître les modifications morbides dont elles ont été une première fois le siége, surtout lorsque ces modifications sont le fait d'une maladie générale. N'est-ce point ici le cas? La péricardite ne se réveillera-t-elle pas un jour ou l'autre chez nos malades? et ne sera-t-on pas en droit d'incriminer les oreillons parmi les commémoratifs pathologiques, lorsqu'il s'agira de péricardite?

Même en l'absence d'observations corroborant cette opinion, il doit en être ainsi, et par analogie et en vertu de la loi générale énoncée ci-dessus.

Quelle est la part exacte que prend la fièvre ourlienne dans la production de la péricardite?

Telle est la troisième question que nous nous sommes posée.

Nous venons de parler de commémoratifs pathologiques. Or nous voyons que, chez plusieurs de nos malades, il est fait mention d'antécédents rhumatismaux. L'action de l'élément rhumatismal sur les enveloppes séreuses du cœur est un fait acquis, qu'on ne saurait aujourd'hui mettre en doute sans commettre une hérésie médicale ; mais au moins nous accordera-t-on que les caractères cliniques de la péricardite que nous avons observés s'écartent un peu de ceux qui relèvent de la péricardite rhumatismale, qui est plus étendue, souvent humide, et marche le plus souvent encore accompagnée d'une endocardite.

Et, si nous ne pouvons pas nier l'action du rhumatisme, même à distance, nous sommes en droit, d'un autre côté, d'admettre la participation concomitante de l'état morbide présent, dans le réveil de la péricardite et dans la poussée aiguë que nous observons.

Les observations que nous empruntons à la thèse de M. le docteur Gachon (1) paraissent tout d'abord ne pas devoir entrer dans notre cadre ; mais voici comment s'exprime M. Gachon en parlant de la péricardite :

« Si cette complication n'a pas été signalée jusqu'ici, c'est sans doute parce qu'elle ne donne pas lieu à des phénomènes intenses, et qu'il faut la chercher pour la découvrir. Quoi qu'il en soit, la péricardite, nous le répétons, chez nos malades, n'a pas été une manifestation viscérale du rhumatisme articulaire vrai, mais bien une complication du pseudorhumatisme ourlien. Nous pourrions même affirmer qu'elle était sous la dépendance de l'affection ourlienne elle-même. »

Nous retenons pour nous-même cette dernière phrase, et, à son appui, nous présentons la série de nos observations, dans lesquelles, bien qu'il ne soit question ni de rhumatisme, ni même de douleurs pseudorhumatismales, l'existence de la péricardite ne fait aucun doute.

(1) *Pseudorhumatisme ourlien.* (Thèse de Montpellier, 1887.)

Il est encore un point que nous ne saurions laisser dans l'ombre, car il pourrait donner prise à la critique ; c'est le suivant: la péricardite, dans le cours des oreillons, survient-elle par propagation ou par continuité de tissus? Adoptons pour un instant les idées formulées par M. Guéneau de Mussy sur la nature des oreillons, idées partagées par quelques auteurs et que nous partageons nous-même:

« Les oreillons, comme l'a si judicieusement remarqué Trousseau, offrent les plus grandes analogies avec les fièvres éruptives; et, si mes observations personnelles ne m'ont pas fait illusion, ce rapprochement deviendrait plus étroit encore par la coexistence d'un état congestif avec tuméfaction de la muqueuse buccale, plus accusée vers les dernières molaires, vers la face interne des joues, autour de l'orifice du canal de Sténon, dans la partie antérieure de la voûte palatine, et qui m'a paru constituer un véritable exanthème et être, sur le système tégumentaire, la manifestation de cette maladie (1). »

On pourrait nous objecter, en effet, que les troubles que nous avons observés sont seulement une manifestation à distance de cette sorte d'exanthème. On a vu des eczémas généralisés, avec retentissement viscéral. Stokes rapporte un cas de péricardite sèche survenant à la suite de la disparition d'une affection cutanée. N'y aurait-il pas également, dans le cours des oreillons, déplacement de la fluxion, qui, passant d'un tissu à un autre, atteindrait à son tour le péricarde ?

Nous croyons avoir suffisamment établi nous-même, dans le cours de cette discussion, le peu de relations cliniques qui existent entre la lésion du péricarde et les autres manifestations des oreillons, pour pouvoir conclure que la péricardite est bien le fait de l'état général concomitant.

(1) Guéneau de Mussy, *Etudes cliniques sur le phlegmon parotidien.* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* page 631.)

CHAPITRE IV

Il existe donc une péricardite ourlienne, et cette péricardite se conduit comme la généralité des péricardites secondaires. Nous avons fait ressortir ses allures insidieuses et son caractère de sécheresse. C'est bien ainsi que se traduisent en général les manifestations secondaires de ce genre, en dehors du rhumatisme, où la péricardite est assez souvent une péricardite avec épanchement et accompagnée souvent encore d'une endocardite.

Faisons maintenant un retour sur la maladie qui nous occupe. D'Heilly (1) définit les oreillons « une maladie générale fébrile, spécifique, épidémique, contagieuse, caractérisée cliniquement par des phénomènes locaux de fluxions simultanées ou successives vers les parotides, les testicules, chez l'homme; la glande mammaire, celles de Bartholin et plus rarement l'ovaire, chez la femme. »

Et, sans citer d'autres définitions des oreillons, nous dirons que tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord, Laveran (2) et Jaccoud (3) entre autres, sur les grands caractères de cette affection (généralité, spécificité, épidémicité, contagiosité).

La contagiosité est démontrée par les nombreux cas cités par Mangor, Bretonneau, Rilliet, Trousseau et tant d'autres.

L'épidémicité ! L'histoire de la maladie est faite d'une série presque non interrompue d'épidémies d'oreillons.

« Dans les maladies locales, un seul organe est atteint, dit M. le

(1) D'Heilly, art. Oreillons. (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de M. Jaccoud, t. XXV, p. 93.)

(2) Laveran, art. Oreillons. (*Dictionnaire* de Dechambre, 1882.)

(3) Jaccoud, *Cliniques de l'hôpital de la Charité*, 1885.

professeur Castan (1). La lésion peut rester isolée ou susciter des souffrances éloignées et sympathiques. Dans les maladies générales, plusieurs points sont simultanément atteints; les forces sont affectées: une cause générale a présidé à l'évolution de tous les phénomènes. »

On voit bien que les oreillons appartiennent à la seconde classe des maladies énoncées ci-dessus.

Enfin, le caractère de spécificité, nous le trouvons dans les déterminations nombreuses et diverses que nous avons exposées dans notre historique de la maladie. Mieux que cela, la maladie n'a-t-elle pas son microbe particulier, comme il ressort des recherches récentes de plusieurs auteurs? Capitan et de Charrin (2) ont trouvé le micrococque des oreillons dans le sang de 19 malades; Bouchard (3), dans la salive et l'urine d'un malade; Netter (4), dans le sang d'un malade de M. Jaccoud; Boinet (5), chez 15 malades, et Ollivier (6), dans la salive, le sang et l'urine de 2 enfants. Et l'existence d'une péricardite secondaire vient combattre encore, à notre sens, en faveur de la nature spécifique de la maladie.

Ce sont là tous des caractères primordiaux communs aux oreillons et aux fièvres éruptives. Carpentier (7), dans sa thèse inaugurale, insiste surtout sur ce fait que la parotidite doit être considérée comme une maladive générale et éruptive. Nous avons vu, dans le précédent chapitre, l'opinion de Guéneau de Mussy sur la nature de cette affection, et l'illustre Trousseau, après Rilliet, s'exprime dans ses *Cliniques* ainsi qu'il suit:

« Les oreillons sont une maladie spécifique que l'on peut, à beau-

(1) Castan, *Traité élémentaire des diathèses,* 1867, p. 9.

(2) Capitan et Charrin. (Société de biologie, 28 mai, 3 décembre 1881.)

(3) Karth. (Thèse de Paris, 1883.)

(4) *Gazette des hôpitaux,* 1er mai 1884.

(5) *Lyon médical,* 1er mars 1885.

(6) *Revue des maladies de l'enfance,* juillet 1885.

(7) Carpentier, *de l'Oreillon considéré comme maladie générale et éruptive.* (Thèse de Paris, 1869.)

coup d'égards, ranger dans les fièvres éruptives, où, à l'exemple de quelques auteurs, je les place en effet... Spécifiques comme elles, comme elles activement contagieux, ils frappent ordinairement la jeunesse... Enfin, et c'est là un fait important, cette maladie ne récidive pas. »

Ces dernières lignes nous mettent sur la trace des rapports encore plus étroits qui unissent les oreillons aux fièvres éruptives. Voyons ce que dit L. Colin de ces rapports (1).

Cet auteur, tout en admettant les influences atmosphériques, qui sont un grand facteur dans la question, déclare qu'il faut, pour les oreillons comme pour les fièvres éruptives, que l'influence épidémique règne pour que cette action de l'influence atmosphérique soit efficace.

Pour les oreillons comme pour les fièvres éruptives, toujours d'après L. Colin, on n'a plus à faire la preuve des faits suivants : transmissibilité par contagion ; immunité conférée par une première atteinte ; non-sporadicité ; fréquence chez les jeunes sujets et les soldats ; atteinte successive de divers groupes de population ; simultanéité des épidémies d'oreillons et des fièvres éruptives.

N'avons-nous pas aussi pour les oreillons une période d'incubation, une période d'invasion, passant il est vrai le plus souvent inaperçues, et une période de détermination locale qui serait la période d'éruption des fièvres éruptives ; une période d'état, le plus souvent fugace, et une période de résolution ?

Toutes ces phases de la maladie, nous l'avouons, ne sont pas très-nettement tranchées ; mais, dit L. Colin (2), « il est bien des cas de fièvres éruptives que les malades promènent dans la rue, sans s'en douter. L'existence de la fièvre ou de tout autre phénomène pathologique intense est-il nécessaire pour faire des oreillons une maladie spécifique ? »

Et, d'ailleurs, nous n'avons qu'à nous reporter au premier chapitre

(1) Colin, *Rapport des oreillons avec les fièvres éruptives.* (In *Union médicale*, 1876.)

(2) Colin, *Idem.*

de cette étude pour nous convaincre de l'apparition assez fréquente de bien graves symptômes.

Ainsi la péricardite secondaire que nous avons relevée nous-même dans bien des cas, malgré son peu de gravité, n'en constitue pas moins un point de similitude de plus entre les fièvres éruptives et les oreillons, et ne peut que marquer davantage la place que cette dernière affection occupe déjà dans le cadre nosologique à côté des premiers.

Nous croyons démontré, avec les auteurs que nous venons de citer, que les oreillons entrent dans le cadre des fièvres éruptives et qu'ils peuvent être assimilés, par conséquent, de par leur nature, à la variole, à la scarlatine, à la rougeole, etc. Si leur nature est la même, la même aussi doit être leur symptomatologie, avec quelques variantes cependant. Nous voyons bien en effet, dans la variole, des manifestations méningitiques et péritonéales; dans la rougeole, des déterminations pulmonaires, pleurales, péricardiques; dans la scarlatine, c'est cette grande séreuse élémentaire, le tissu cellulaire sous-cutané, qui est affecté sous la forme d'œdème; c'est le péricarde qui est aussi atteint. Par simple analogie, les oreillons, de par leur nature et leur entrée dans le cadre des fièvres éruptives, doivent pouvoir donner lieu à des manifestations sur les séreuses; nous croyons l'avoir démontré pour le péricarde. Qu'à cause de leur peu de gravité ces manifestations passent inaperçues le plus souvent, nous l'accordons, mais leur présence possible ne saurait être révoquée en doute.

CONCLUSIONS

I. — Il peut se produire une péricardite dans le cours des oreillons.

II. — Cette péricardite présente les caractères suivants : elle est insidieuse, sèche, peu grave, et se produit à des époques variables de la maladie.

III. — Cette péricardite dépend de l'affection ourlienne elle-même. On peut lui reconnaître un caractère spontané.

IV. — Cette péricardite est l'analogue des péricardites secondaires aux fièvres éruptives.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 25 novembre 1887.
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 novembre 1887.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!